

Année 1882

N° 295

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 2 juillet 1882, à 1 heure.

PAR AUGUSTE BORDES-PAGÈS

Médecin stagiaire au Val-de-Grâce

Né à Seix (Ariège), le 4 avril 1857

DES LÉSIONS DES BOURSES SÉREUSES

SOUS-CUTANÉES ET TENDINEUSES

DANS LA SYPHILIS SECONDAIRE

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. { CHARCOT, professeur.
 { CADIAT, DIEULAFOY, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LF-PRINCE, 31

—
1882

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs.....

	MM.
Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	JACCOUD.
	PETER.
	GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	DUPLAY.
Anatomie pathologique.....	CHARCOT.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	LASÈGUE.
	HARDY.
	PATAIN.
Maladies des enfants.....	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
	RICHT.
Clinique chirurgicale.....	GOSSELIN.
	VERNEUIL.
	TRELAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX.	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN.	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHT.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux ana- tomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté. A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

LE DOCTEUR BORDES-PAGÈS

Médecin-inspecteur des eaux minérales d'Aulus

M. LE PROFESSEUR FOURNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de médecine

A MA FAMILLE

M. LE DOCTEUR MARTINEAU

Médecin de l'hôpital Lenoir

A MES AMIS

A mon président de thèse
M. LE PROFESSEUR FOURNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de médecine

A M. LE DOCTEUR MARTINEAU

Médecin de l'hôpital Lourcine

DES LÉSIONS DES BOURSES SÉREUSES

SOUS-CUTANÉES ET TENDINEUSES

DANS LA SYPHILIS SECONDAIRE

AVANT-PROPOS

Les altérations des bourses tendineuses et sous-cutanées dans la période secondaire de la syphilis ont été pour la première fois signalées par deux mémoires de MM. les Professeurs Verneuil et Fournier. Il nous a paru qu'il pourrait y avoir quelque utilité à grouper et à analyser les travaux publiés sur cette question relativement récente. Nous y joindrons quelques faits nouveaux, qui concernent surtout des lésions des bourses séreuses sous-cutanées, et qui, moins facilement appréciables, ont dû souvent passer inaperçus ou être mis sur le compte d'arthralgies. Nous nous faisons un devoir d'adresser tous nos remerciements

à M. le docteur Martineau qui, à l'hôpital Lourcine, a appelé notre attention sur ces faits, et nous a aidé de ses excellents conseils dans ce travail.

HISTORIQUE

Bien que les premiers travaux sur les lésions syphilitiques secondaires des bourses tendineuses et sous-cutanées ne remontent qu'à l'année 1868, les douleurs syphilitiques, dans lesquelles ces lésions jouent un rôle considérable, ont été signalées par les auteurs du moyen âge. Il est question des accidents rhumatoïdes de la syphilis dans Gordon, Michel Scotus, J. de Goddesden. En 1448, Pierre Martyr écrit à son ami Arias Barbosa : « Tu m'écris que tu es atteint d'une maladie particulière, appelée *bubas* par les Espagnols, *galico* par les Italiens, *éléphantíase* par quelques médecins, et de diverses manières par d'autres. Tu dépeins avec une incomparable élégance ton malheur, la gêne de tes jointures, la faiblesse de tes ligaments, les douleurs atroces de tes articulations, et enfin tes ulcères et la fétidité de ton haleine, etc. »

Francisco de Villalobos, dans son poème *Sumario de la medicina*, Salamanque, 1498, dit à propos de la même maladie : « que le signe caractéristique, c'est la douleur dans les articulations ».

Suivant Vidal de Cassis (Traité des Malad. vénér.,

Paris, 1859, p. 17), les douleurs furent un des symptômes les plus frappants de la grande épidémie du xv^e siècle : « De nombreuses pustules couvraient la peau des malades, des douleurs atroces se répandaient sur les membres, attaquaient la tête, douleurs qui correspondent à ce que nous appelons aujourd'hui douleurs ostéocopes, rhumatoïdes ».

Fracastor (*De morbis contagiosis*, Venetiis, 1546, lib. II, cap. 1), dans la description de l'épidémie qui sévit en Italie à la fin du xv^e siècle, a insisté sur les douleurs intenses qui tourmentaient les malades, mais sans préciser le siège de ces douleurs.

Dans l'épidémie de Brünn en 1578, décrite par Thomas Jordan (1578) et par Ozanam (*Traité des épidémies*, 1823), les douleurs rhumatoïdes sont également signalées : douleurs très aiguës aux bras, aux épaules, aux membres inférieurs, aux tibias.

Levinus Lemnius (1474), Dalla Croce (1583), Ambroise Paré signalent ces douleurs : douleurs aux jointures, teste, épaules et autres parties, avec une grande lassitude des bras et des jambes, de façon que les malades disent qu'il leur semble avoir été battus de baston, ne pouvant porter leurs mains sur leur teste, sinon avec grande difficulté.

Astruc (1740), Fabre (1777), ne parlent que des ankyloses qui, disent-ils, peuvent se montrer à la suite de l'inflammation des extrémités osseuses.

Le Dictionnaire des encyclopédistes du xviii^e siècle

(tome XXXV, page 96) range parmi les manifestations syphilitiques « les rhumatismes, les sciatiques, la goutte aux genoux et aux pieds, plus comme un œdème que comme une inflammation ».

Les mêmes accidents furent signalés dans les épidémies qui sévirent, en 1800, en Dalmatie, en Croatie et en Illyrie.

D'après Swediaur (1801), le gonflement douloureux des os et des articulations, qu'on présume de nature rhumatismale ou goutteuse, provient souvent du vice syphilitique. Il reconnaît que les douleurs syphilitiques sont précoces; il avoue même qu'elles peuvent survenir avant les accidents secondaires, et insiste sur la distinction entre ces douleurs du début et celles qui surviennent dans la période confirmée.

Hunter (Traité de la syphilis, trad. par Richelot, page 565) nie avoir jamais vu la syphilis secondaire attaquer les articulations.

Babington admet cette action et admet de plus que la syphilis agit différemment à la période secondaire et à la tertiaire :

« Il se présente des cas où l'inflammation de la synoviale des articulations coïncide avec les symptômes secondaires non douteux de la syphilis. Augmentant de force pendant la période d'accroissement de ces symptômes, elle se dissipe bientôt dès que l'affection cutanée ou de la gorge est combattue par les vireux. Dans ces cas, l'inflammation de la synoviale

est aiguë et accompagnée par de la douleur, de la tension et de la rougeur de la peau qui suffisent pour la faire distinguer de la forme lente et asthénique de la même affection, qu'on trouve dans la cachexie générale ».

Depuis cette époque, les descriptions des auteurs n'ont porté que sur les arthropathies tertiaires : Boyer (Traité pratique de la syphilis, 1836), Lagneau (1826), Bassereau, Vidal de Cassis, Langlebert, Rollet.

Pour Ricord, l'existence des arthropathies syphilitiques n'est même pas nettement établie (Lettres sur la syphilis, 1863; Traité pratique des maladies vénériennes, 1826).

En 1853, M. le professeur Richet, dans un travail publié dans les Mémoires de l'Académie de médecine, décrit les synovites tertiaires. Il rapporte trois cas de synovite syphilitique ayant rapidement cédé au traitement par le mercure et l'iodure de potassium. Dans tous ces cas, la synovite siégeait au genou, et dans l'un on avait pu croire à une tumeur blanche.

M. Lancereaux, dans un mémoire communiqué à la Société de chirurgie, vint confirmer l'existence des arthrites tertiaires. D'après une autopsie faite par lui, la synovite ne se produirait que consécutivement à l'inflammation du tissu cellulaire sous-synovial. Il admet de plus l'existence des arthropathies secondaires.

Follin (Traité de pathol. ext.) ne décrit que les

lésions tertiaires des muscles, des articulations, des tendons, des synoviales et des aponévroses.

En 1868, paraissent dans la Gazette hebdomadaire les travaux de MM. les professeurs Verneuil et Fournier. Les manifestations syphilitiques secondaires sur les synovites tendineuses et des bourses séreuses sous-cutanées sont désormais un fait établi. Dans les observations qu'ils ont rapportées, les lésions tendineuses ont coïncidé avec des lésions articulaires. Les séreuses articulaires, tendineuses et sous-cutanées ont en effet les mêmes aptitudes morbides.

M. Verneuil rapporte quatre observations d'hydropisie des gâines tendineuses des extenseurs des doigts. Il s'agit, dans toutes, d'un épanchement subinflammatoire. « Dans les quatre cas, cet accident coïncidait avec une poussée d'accidents syphilitiques secondaires : plaques muqueuses, roséole, angine, etc. Dans trois faits, la lésion occupait les deux mains; une fois seulement elle était bornée au côté droit. L'épanchement, survenu brusquement, était facile à reconnaître, la fluctuation était très évidente, sans tuméfaction circonvoisine, sans changement de couleur à la peau. La tumeur bien circonscrite, aplatie, triangulaire, à base tournée vers les doigts, occupait la région carpo-métacarpienne et rappelait exactement la forme et le siège de la bourse séreuse commune au faisceau des extenseurs. Dans aucun cas, elle ne dépassait le ligament dorsal qui bride les ten-

dons ; elle ne s'étendait donc pas à la portion anti-brachiale de la séreuse en question ».

Trois de ces faits furent observés à Lourcine, le quatrième à Lariboisière en 1866. Tous les sujets étaient du sexe féminin ; rien n'indiquait chez eux la diathèse rhumathismale ou goutteuse. Deux eurent en même temps de l'arthralgie spécifique : douleurs dans l'épaule et dans les coudes.

Quant aux poignets, ils ne présentaient qu'une douleur médiocre à la pression ; il y avait seulement un peu de gêne et de faiblesse dans les mouvements de la main.

Dans ces quatre cas, qui d'ailleurs présentèrent une ressemblance très grande, il n'y eut aucune tendance à la diffusion. La guérison fut facile et s'opéra aussi rapidement dans les cas où la médication spécifique fut seule mise en usage que dans ceux où elle fut accompagnée d'un traitement local : vésicatoires volants, badigeonnages iodés, immobilisation. Elle marcha de pair avec l'effacement des autres manifestations secondaires.

M. Verneuil fut ainsi amené à affirmer la nature spécifique de cette lésion. « Les faits que j'ai observés, dit-il, jetteraient une certaine lumière sur l'arthralgie syphilitique et prouveraient que cette dernière n'est autre chose qu'une synovite avec un des symptômes les plus constants de cette donnée, c'est-à-dire l'hypersécrétion, ou, en d'autres termes, l'épanche-

ment ou hydropisie. Ce symptôme, on le comprend, s'il n'est pas très marqué, peut passer inaperçu quand il s'agit d'articulations profondément cachées sous les parties molles, comme l'épaule, par exemple, et deviendrait beaucoup plus évident dans les régions superficielles, ou la moindre accumulation de liquide est facilement reconnaissable. »

Il résume ainsi ses conclusions : « En attendant que l'expérience ait infirmé ou confirmé mon opinion, je pense que : 1° la syphilis secondaire peut sévir sur les bourses séreuses sous-cutanées et tendineuses comme sur les synoviales articulaires; 2° qu'elle s'y révèle sous forme d'épanchement indolent ou hygroma; 3° qu'observé jusqu'à ce jour dans la seule région de la main, cet hygroma devra être cherché dans les diverses séreuses sous-cutanées; 4° qu'enfin la thérapeutique spécifique est suffisante, dans la plupart des cas, à faire disparaître l'épanchement. »

M. le professeur Fournier, dans une note publiée quelques jours après sur les lésions des gaines tendineuses dans la syphilis secondaire (*Gazette hebdomadaire*, 9 octobre 1868), affirme que ces lésions sont beaucoup plus fréquentes que ne le donnerait à supposer le silence des auteurs. Il les a observées non seulement sur les tendons extenseurs des doigts où elles sont le plus fréquentes, mais encore sur les tendons extenseurs des orteils, le tendon d'Achille, celui du biceps fémoral, du biceps brachial, du long supi-

nateur, ceux du pouce, de la patte d'oie, des péroniers, etc. « Tout porte à croire que c'est là un accident commun à un système anatomique susceptible des localisations les plus diverses. »

Il établit trois sortes de manifestations syphilitiques secondaires sur les gaines tendineuses : hydropisie simple de la synoviale tendineuse, synovite subinflammatoire, et formes frustes.

La première forme consiste dans l'épanchement d'une certaine quantité de liquide, quantité généralement minime, dans la cavité de la séreuse. Cet épanchement a lieu sans phénomène inflammatoire, sans rougeur des téguments, sans douleur ou avec une légère douleur à la pression.

La deuxième forme, synovite tendineuse subinflammatoire, diffère de la précédente par une allure subaiguë, une douleur plus grande à la pression, des troubles fonctionnels plus accusés, quelquefois même par de la rénitence et une coloration rosée des téguments.

Dans l'une et l'autre forme, tuméfaction suivant exactement le trajet d'un tendon, fluctuation plus ou moins nette, troubles fonctionnels, mouvements volontaires difficiles ou douloureux, mouvements imprimés éveillant presque toujours une assez vive souffrance.

Enfin, dans les formes frustes ou incomplètes, il y

a absence de tuméfaction, de fluctuation, d'inflammation; la douleur même peut manquer.

« La nature syphilitique de ces lésions tendineuses, dit M. Fournier, n'est pas contestable. Elle résulte clairement d'un ensemble de considérations les plus convaincantes, à savoir : 1° de la fréquence même de ces lésions chez les sujets syphilitiques; 2° de leur production dans des circonstances et des conditions toujours identiques, c'est-à-dire au début ou dans les premiers mois de la période secondaire; 3° de leur coïncidence presque constante avec d'autres manifestations non douteuses de la diathèse, telles que syphilides cutanées ou muqueuses, adénopathies, céphalée, arthralgies, alopecie, etc.; 4° enfin à l'absence de toute autre cause que la syphilis à laquelle elles soient imputables. »

Les observations rapportées par M. Fournier, de même que celles de M. Verneuil, sont toutes relatives à des femmes.

Dans la première, il s'agit d'une hydropisie simple de la gaine du tendon extenseur du petit doigt chez une femme affectée d'une syphilis dont l'origine remonte à trois mois environ. Manifestations secondaires multiples : plaques muqueuses, roséole érythémateuse sur tout le corps, psoriasis palmaire, croûtes acnéiformes du cuir chevelu, pléiade ganglionnaire très accusée, adénopathie cervicale, etc. La malade se plaint d'abord d'avoir les mains comme engourdis.

Les doigts sont raides, embarrassés, douloureux; elle ne peut rien soulever, rien serrer entre ses mains, surtout le matin au réveil. Une tuméfaction très apparente occupe le métacarpe droit. Sur sa face dorsale et dans sa moitié supérieure existe une saillie en forme d'amande, allongée verticalement, mesurant en ce sens trois ou quatre centimètres sur un centimètre et demi transversalement, obliquement dirigée suivant le trajet du tendon extenseur du petit doigt. Cette tumeur est fluctuante, indolente même à une forte pression; les téguments ont leur coloration normale. Au bout de trois ou quatre jours, la saillie du métacarpe s'affaisse et les mouvements de la main redeviennent libres.

Dans l'observation II, que nous rapportons plus loin, l'épanchement inflammatoire d'une gaine tendineuse s'accompagne d'une suffusion rosée des téguments, de douleurs spontanées assez vives, de douleurs violentes provoquées soit par la pression, soit par les mouvements communiqués. C'est un type de *synovite inflammatoire*. Cette acuité est même assez rarement observée dans la syphilis, où les phénomènes de réaction locale ne sont le plus souvent que *subaigus*.

A la suite de l'hydropisie simple et de la synovite inflammatoire, M. le professeur Fournier décrit les formes frustes ou incomplètes.

« Plus communément, dit-il, la maladie revêt une allure moins franche et moins définie. La tuméfaction

peut ne pas être exactement limitée au trajet du tendon ; elle peut être diffuse ou se compliquer d'œdème ; elle peut n'être que faiblement accusée, ou bien masquée par les parties qui la recouvrent lorsque le tendon n'est pas absolument sous-cutané.»

Plus souvent encore la fluctuation est obscure, remplacée par un empâtement œdémateux ou par une simple rénitence inflammatoire.

Dans l'observation III, une malade admise à Lourcine pour des accidents divers de syphilis constitutionnelle (syphilides papulo-squameuses, ulcérations vulvaires, adénopathie, céphalée, etc.) est atteinte en même temps de douleurs multiples aux poignets, aux chevilles, aux genoux, aux épaules, etc. Tuméfaction notable sur la face dorsale du métacarpe gauche ; elle est diffuse, mal limitée, non accompagnée de rougeur des téguments ni d'œdème ; la pression n'y développe qu'une douleur d'intensité médiocre ; la fluctuation est obscure, douteuse, mais des troubles fonctionnels très accusés ne laissent pas de doute sur une lésion des tendons extenseurs. Les doigts ne peuvent ni s'étendre ni se fermer complètement ; la main ne peut serrer ; les mouvements imprimés aux tendons éveillent une douleur assez vive au niveau du métacarpe.

Des phénomènes identiques, siégeant sur le côté externe du tarse et le quart inférieur de la jambe, sont décrits dans l'observation IV, qui concerne une autre

femme atteinte d'accidents secondaires. Au niveau des tendons de l'extenseur commun des orteils existait une tuméfaction aplatie, allongée, rubanée, douloureuse à la pression, non fluctuante, n'offrant qu'une sensation vague d'empâtement sous-cutané; les orteils étaient immobilisés par la douleur que le malade localisait très bien sur le trajet des tendons.

Les symptômes de la lésion tendineuse étaient encore plus vagues chez la malade qui fait le sujet de l'observation V. Elle ne pouvait se servir de ses mains ni pour coudre ni pour s'habiller, ni même pour soulever ou serrer un objet. Ses doigts étaient engourdis, raides et gonflés. Ils étaient tuméfiés d'une façon générale, mais cette tuméfaction était surtout notable du côté de l'extension; les articulations étaient saines; la douleur n'existait que sur la face dorsale des premières et des deuxième phalanges, ce qui amena à localiser la lésion dans les tendons extenseurs. Cet état se dissipa au bout de quelques jours.

Par une analyse « anatomique » de la région affectée, M. le professeur Fournier est arrivé souvent à localiser d'une manière précise certaines douleurs dont les malades n'accusaient le siège que d'une façon incertaine ou erronée. Il affirme que dans bon nombre de cas, les douleurs que les syphilitiques accusent aux articulations tiennent à des lésions des bourses tendineuses. Il a souvent reconnu :

1° Que les douleurs syphilitiques ~~à~~ vaguement rap-

portées dans les genoux étaient uniquement produites en certains cas par des lésions tendineuses affectant soit le tendon rotulien, soit surtout le tendon de la patte d'oie, soit l'extrémité du tendon du biceps au niveau de la tête du péroné, soit même peut-être le tendon du demi-membraneux;

2° Que les douleurs « des chevilles ou des pieds » tenaient le plus souvent à des lésions semblables, occupant les tendons extenseurs des orteils, le tendon de l'extenseur du pouce ou les tendons péroniers;

3° Que celles du poignet et des mains résultaient le plus habituellement de lésions portant sur les tendons extenseurs des doigts;

4° Que celles du coude et celle notamment « de la saignée » avaient souvent leur siège réel dans le tendon du biceps. Cette dernière douleur, des plus communes dans la période secondaire, a été attribuée à une contracture, à une arthralgie, à une périostite, ou même à une tumeur non encore appréciable. Mais le doigt, porté profondément sur le tendon du biceps, éveillait le plus souvent en ce point une très vive douleur, toutes les parties voisines restant absolument indolentes.

La question des lésions tendineuses est de nouveau traitée dans les *Leçons sur la Syphilis*, publiées en 1873. Les XX^e et XXI^e leçons sont consacrées à l'étude des lésions syphilitiques secondaires sur l'appareil de la locomotion. Après avoir décrit les ostéalgies,

les périostoses, les périostites, les arthralgies, les arthrites, l'hydropisie tendineuse, les ténosites, les myosalgies, les myosites, M. Fournier fait ressortir la coexistence fréquente de ces diverses manifestations : « Ce sont-là tous phénomènes de même ordre qui appartiennent au même stade de la diathèse et qui, pour cette double raison, se trouvent fréquemment associés ». Il donne à cet état le nom de pseudo-rhumatisme syphilitique.

L'hydropisie simple des gâines tendineuses est de nouveau séparée de la ténosite ou synovite. Les caractères de la première forme, épanchement peu considérable dans la cavité séreuse, coloration normale de la peau, tumeur fluctuante, indolente spontanément et à la pression, sans autre trouble fonctionnel qu'une gêne légère dans les mouvements des tendons, se retrouvent dans les deux observations suivantes :

Une jeune femme entre dans le service de M. Fournier pour divers accidents de syphilis secondaire (syphilides cutanées et muqueuses, adénopathies, céphalée, arthralgies, névralgies nocturnes, insomnie, etc.). Elle se plaint quelques jours après d'une grosseur venue sur le poignet. Elle n'en souffrait pas, pouvait même en toute liberté se servir de la main et des doigts pour s'habiller, pour coudre, pour écrire, mais « elle avait peur que cette grosseur n'augmentât, sans quoi elle n'en aurait pas parlé ». La tumeur,

siégeant sur la face dorsale du poignet, était bien circonscrite, étalée, aplatie, triangulaire, à base tournée vers les doigts, bridée supérieurement par le ligament dorsal du carpe. Elle résidait, sans nul doute, dans la bourse séreuse commune au faisceau des tendons extenseurs des doigts.

Dans le second fait, la tuméfaction, plus circonscrite, allongée verticalement, mesurant en ce sens 3 centimètres environ sur 1 cent. $1/2$ dans le sens transversal, était obliquement dirigée en bas et en dedans, suivant le trajet du tendon extenseur propre du petit doigt.

La deuxième forme présente de véritables phénomènes d'acuité. La tuméfaction sur le trajet d'un tendon, siégeant le plus souvent en un point voisin de son insertion, a un caractère inflammatoire : douloureuse spontanément, douloureuse surtout au toucher ou dans les mouvements, rarement fluctuante, mais ne donnant généralement que la sensation d'un empâtement phlegmoneux, elle se dessine parfois par une rougeur rubanée. Enfin, la *crépitation tendineuse* est mentionnée, mais comme signe exceptionnel : sensation de neige pilée ou d'amidon pressé entre les doigts, alors qu'on provoque le glissement du tendon dans sa gaine.

La synovite offre d'ailleurs une intensité variable. Le plus ordinairement subaiguë, elle revêt quelquefois une acuité réelle.

A cette description est joint un exemple de synovite tendineuse secondaire coïncidant avec une hydarthrose du genou et divers phénomènes diathésiques.

Une femme de 27 ans, qui n'a jamais eu de rhumatisme, entre pour des chancres indurés et ne tarde pas à être atteinte d'accidents secondaires, et d'une légère hydarthrose du genou. Sous l'influence de la médication spécifique ces accidents se sont vite amendés, lorsqu'une stomatite vient obliger à suspendre le traitement. Aussitôt, retour des crises de céphalée, accès fébriles nocturnes, et enfin production de deux ténosites. L'une affecte les tendons de l'extenseur commun des orteils et présente un caractère aigu : douleurs vives dans la jambe et le pied, rendant la marche impossible et la station très pénible. Au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne est une bosselure allongée verticalement; au-dessous de l'interligne articulaire, une seconde bosselure plus étalée; à ce niveau, teinte érythémateuse des téguments. Ces deux tumeurs sont séparées et bridées par le ligament dorsal du tarse; elles donnent la sensation d'une rénitence phlegmoneuse.

En outre, la malade accuse une douleur « dans la saignée ». Elle ne peut étendre l'avant-bras, elle ne le fléchit qu'avec difficulté. La région n'offre ni rougeur, ni tuméfaction; mais la pression éveille une vive souffrance au niveau du tendon du biceps, la

sensibilité partout ailleurs restant normale. C'est encore *uniquement* en ce point que la douleur se fait sentir lorsqu'on étend l'avant-bras sur le bras, ou qu'on lui imprime un mouvement de pronation.

M. Fournier note de plus que chez une syphilitique à la période secondaire, la bourse prérotulienne est devenue le siège d'un hygroma passager : « Je ne puis, dit-il, que noter ici le fait, n'ayant eu l'occasion de l'observer qu'une fois ».

Il a observé aussi l'hygroma aigu de la bourse ischiatique, accident souvent accompagné de diverses douleurs susceptibles d'irradiations continues avec exacerbation, et pouvant « donner le change pour une sciatique partielle ou limitée au point fessier ».

Ch. Roch (thèse de Paris, 1872) rapporte sept observations, prises à Lourcine, d'hydropisie tendineuse dans la syphilis secondaire. Les quatre premières concernent des épanchements dans la gaine des tendons extenseurs des doigts. Dans les trois premières, l'épanchement est bilatéral ; dans la quatrième, il occupe seulement la main droite. Dans les observations II et IV, l'hydropisie est simple ; dans les observations I et III, elle est simple à la main gauche, subinflammatoire à la main droite.

Dans les trois dernières, la lésion siège au niveau de la patte d'oie ; la bourse séreuse commune aux tendons du droit interne et du demi-tendineux est atteinte soit d'inflammation subaiguë (observations V

et VI), soit d'hydropisie non inflammatoire (observation VII).

Dans aucun cas, on ne perçut au niveau de la tumeur la sensation de crépitation.

Toutes les malades étaient syphilitiques et en pleine poussée d'accidents secondaires : syphilides cutanées et muqueuses, engorgement ganglionnaire, arthralgie, céphalée, alopecie, angine spécifique.

Dans toutes, sauf l'observation III, l'hygroma tendineux s'est développé quelque temps après l'entrée de la malade, c'est-à-dire lorsque celle-ci se trouvait au milieu de conditions hygiéniques qu'on ne peut accuser de favoriser le développement de manifestations rhumatismales.

La durée de ces accidents n'a été que de 15 à 20 jours. Roch oppose avec raison ces hydropisies, dont le traitement antisiphilitique amène la rapide disparition, aux hydropisies non spécifiques qui ont une tendance si grande à rester stationnaires.

M. Lancereaux, rapportant dans l'*Union médicale* (1873) deux cas d'arthrite syphilitique secondaire, insiste sur leur nature spécifique. Ses considérations sur les séreuses articulaires peuvent également s'appliquer aux séreuses des tendons : « La lésion articulaire, toujours concomitante des éruptions syphilitiques secondaires, a suivi une évolution particulière, ne laissant à notre avis aucun doute sur le rapport de causalité qui rattache à la syphilis les désordres

pathologiques articulaires, et la preuve en est que ces manifestations, auxquelles on avait pu attribuer une origine rhumatismale, n'ont cédé que le jour où, reconnaissant leur véritable nature, on eut recours à une médication antisypilitique.

« Les symptômes propres aux arthrites de la syphilis secondaire ont une grande ressemblance avec ceux du rhumatisme. Dans les deux maladies, les articulations sont le siège de gonflement, de rougeur et de douleur ; mais avec la syphilis, le gonflement articulaire est en général peu considérable ; la rubéfaction est moins étendue. La douleur que les malades comparent volontiers à une sensation de brisure et de déchirement, sujette aux exacerbations nocturnes, est peu exaltée par les mouvements. Les genoux, les poignets, les coudes, les articulations des doigts étaient isolément ou simultanément lésés dans les faits qui ont passé sous nos yeux. Il est rare qu'une seule articulation soit affectée, et ce fait ne doit pas surprendre, puisque la généralisation des états pathologiques est le propre de la syphilis à ce moment de son existence. Toutefois, si les arthropathies secondaires, de même que les arthropathies rhumatismales, sont multiples, disons qu'elles n'ont pas la mobilité de ces dernières et que leur durée est généralement plus longue, à moins que l'on ne fasse intervenir un traitement spécifique ».

En 1873, paraissent encore un travail publié dans

la *Gazette hebdomadaire* par M. le professeur Verneuil, sur les lésions tertiaires des bourses séreuses, et une thèse d'un de ses élèves, Moreau, sur le même sujet.

M. Verneuil rapporte un cas d'hygroma syphilitique *secondaire* développé sur la face postérieure du coude gauche chez un compositeur d'imprimerie. C'est un hygroma des mieux caractérisés, du volume d'un demi-cœuf de poule, indolent, insensible à la pression, qui s'est montré depuis une semaine environ et sans aucune cause appréciable. Le malade n'accuse qu'un léger mal de gorge et une sensation de fatigue générale. On découvre sans peine les signes d'une angine syphilitique secondaire, et sur la peau les traces d'une roséole en voie de disparition. On trouve encore l'induration d'un chancre infectant cicatrisé depuis un mois. M. Verneuil diagnostique un hygroma spécifique, et prescrit le traitement mercuriel sans s'occuper de la collection séreuse. Après un mois de traitement, l'hygroma a disparu, il ne reste plus en ce point qu'un peu d'épaississement de la peau.

Les faits consignés dans la thèse de Moreau ne comprennent que des accidents tertiaires : tumeur fongueuse de la bourse séreuse pré malléolaire interne (obs. IV), de la bourse séreuse olécrânienne (obs. VII), gomme de la patte d'oie (obs. III), de la face plantaire de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil (obs. V), d'une bourse séreuse accidentelle de la paume de la main chez un garçon d'amphithéâtre

(obs. VI). La nature syphilitique de l'affection est démontrée dans tous ces faits par l'efficacité du traitement spécifique.

Vaffier (Du rhumatisme syphilitique, thèse de Paris, 1875), décrit l'ensemble des diverses manifestations qui se produisent au début de la période secondaire de la vérole, du côté des cavités articulaires, des gâînes synoviales tendineuses et des bourses séreuses sous-cutanées. L'auteur a observé très fréquemment ces accidents dans les parages de la Chine et du Japon. Ils sont précédés, dans la grande majorité des cas, par des prodromes relativement fort longs. Un à trois mois après l'apparition du chancre, survient une faiblesse générale avec prostration, inappétence, insomnie rebelle, sans fièvre ni douleurs locales intenses; lassitude profonde; mouvements difficiles : les mouvements de l'avant-bras sur le bras, la pronation de la main, l'élévation des bras sur la tête, sont souvent impossibles. Il en est de même des mouvements du tronc sur le bassin; les malades se tournent tout d'une pièce. Assis, ils ne peuvent souvent quitter cette position sans le secours d'un aide. Des douleurs se font sentir sur le sternum, le long de l'insertion des muscles grands pectoraux, exagérées dans l'inspiration. La marche est facile sur un plan horizontal; l'action de monter ou de descendre est très fatigante. Couchés, ils sont obligés de garder la position prise d'abord. La chaleur du lit semble

augmenter ce sentiment d'endolorissement général.

Cette période de malaise et de prostration dure huit à dix jours. Puis surviennent des douleurs au niveau des bourses séreuses sous-cutanées ou des insertions tendineuses de certains muscles : face supérieure de l'acromion, face postérieure et inférieure de l'olécrâne, face postérieure du calcaneum, face antérieure de la rotule, partie supérieure de la face interne des tibias. On constate, au niveau des bourses atteintes, un certain degré de fluctuation ; la palpation donne la sensation d'un petit ganglion mobile sous les doigts.

Les malades éprouvent un léger mouvement fébrile le soir, en même temps qu'ils ressentent des douleurs passagères plus ou moins vives, au niveau de quelques grandes articulations. Les douleurs, après un accès plus prononcé, se fixent sur une ou plusieurs jointures ; les mouvements deviennent difficiles ; il se produit un épanchement, les téguments restant ordinairement normaux.

Vaffier signale comme un accident fréquent, l'inflammation de la bourse séreuse qui sépare le tendon du biceps de celui du brachial antérieur. L'avant-bras est demi-fléchi ; l'extension est rendue impossible.

Nous retrouvons ici la douleur limitée exactement à l'insertion du tendon du biceps.

C'est un caractère important de ces accidents rhumatoïdes de la syphilis, de se fixer de préférence sur

les petites articulations, et de porter d'abord son action sur les bourses séreuses et les gaines synoviales avant d'envahir les grandes cavités articulaires. On observe en même temps des myosites, des périostoses.

Ces accidents paraissent être la règle dans les régions humides de la Chine et du Japon. Ils atteignent également Européens et Indigènes, d'après les médecins anglais et hollandais qui observent à Yédo. Vaffier a vu à bord de la *Belliqueuse*, cinq fois sur six cas, la syphilis revêtir cette forme.

Douleur et épanchement au niveau de la patte d'oie (obs. I et II), dans la gaine des tendons extenseurs des doigts (obs. III et IV); douleur exactement limitée à l'insertion radiale du biceps, avec position demi-fléchie de l'avant-bras (obs. IV); douleur à l'insertion du biceps et à celle de l'olécrâne (obs. V), telles sont les lésions tendineuses qui ont coïncidé avec des accidents secondaires et des douleurs musculaires, des arthralgies, des épanchements dans l'articulation du genou, de l'épaule, l'articulation sterno-claviculaire, et dans deux cas avec un hygroma de la bourse prérotulienne.

C'est dès le début de la période secondaire que surviennent ces manifestations rhumatoïdes. Elles peuvent être d'une longue durée si l'on méconnaît leur véritable nature; prises pour des manifestations de rhumatisme vulgaire, elles peuvent s'aggraver et en-

vahir la presque totalité des articulations. Mais combattues par les mercuriaux et par l'iodure de potassium, elles cèdent le plus souvent avec une rapidité surprenante. Dans certains cas, quelques jours suffisent à faire disparaître des accidents qui duraient depuis plusieurs mois ; la durée maximum dans les observations de Vaffier n'a pas dépassé un mois.

J. Voisin (Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques, thèse de Paris, 1875) fait remarquer que les bourses sous-cutanées et tendineuses peuvent être prises en même temps que les articulations dans la période secondaire.

« Ces accidents multiples se déclarent toujours à une époque assez rapprochée du chancre infectant et sont toujours concomitantes de syphilides précoces; ils ne se développent jamais à une époque éloignée du début de la vérole; c'est là un point d'une grande importance qu'on doit mettre en relief. Ils s'accompagnent de malaise, de courbature, d'abattement, d'insomnie et de fièvre; mais jamais de complications cardiaques, pleurales ou abdominales. Cette absence de complications viscérales est un bon signe de diagnostic différentiel d'avec le rhumatisme. »

Chez un malade observé dans le service de M. Mauriac, à l'hôpital Saint-Louis, c'est seulement un mois après l'apparition d'un chancre induré que s'est développée une synovite des tendons extenseurs des doigts, avec gonflement douloureux du dos du poi-

gnet et rougeur de la peau. L'articulation de la hanche était prise en même temps.

Dans un second fait rapporté par Voisin, les manifestations articulaires et tendineuses se sont produites deux ans seulement après l'infection. Le sujet, qui n'a suivi le traitement spécifique que pendant six semaines, est atteint d'un sarcocèle syphilitique. L'articulation tibio-tarsienne droite est gonflée, rouge, douloureuse; la rougeur s'étend au-dessus et au-dessous du ligament annulaire. Au-dessus, elle remonte de trois travers de doigt le long des tendons du jambier antérieur, de l'extenseur commun et de l'extenseur propre. En arrière de la malléole externe, le long des péroniers, elle remonte un peu plus haut. La rougeur cesse bientôt, et il se produit dans les gaines tendineuses des péroniers et de l'extenseur commun une fluctuation qui disparaît elle-même en quelques jours sous l'influence du traitement.

MM. Diday et Doyon (*Thérapeutique des maladies vén. et cutanées*, 1876, page 243) consacrent quelques lignes aux lésions qui nous occupent : « Les synoviales articulaires et les tendons se prennent parfois dans la syphilis secondaire. Un épanchement plastique interstitiel gonfle le tendon et peut aussi donner lieu à une hydropisie active ou passive de la gaine. Certaines douleurs vagues qu'on ne sait à quoi rapporter (au jarret, aux chevilles, à la saignée) ne sont autre chose qu'une ténosite. La synovite syphilitique ne se dis-

tingue cliniquement de la simple qu'en ce qu'elle est moins aiguë et que l'épanchement qu'elle produit est moins considérable. L'influence du traitement spécifique confirme ces données sur la pathogénie de l'affection. »

Dans un mémoire publié en avril 1876 (*The American Journal of the sc. med. New-York*) E.-L. Keyes, après avoir constaté en passant que les lésions syphilitiques des bourses séreuses n'ont pas été jusqu'à présent très bien décrites et n'ont jamais été séparées de l'arthrite, décrit l'affection tertiaire de ces bourses, à laquelle il donne le nom de *tertiary bursitis*. Il joint sept observations nouvelles à celles déjà rapportées par MM. Verneuil, Petit et Moreau; sur les quatorze cas ainsi réunis, les bourses prérotuliennes ont été atteintes 13 fois, celle du demi-tendineux 3 fois, celles de la tubérosité du tibia, de la malléole, de l'olécrâne chacune une fois. L'affection se présente généralement d'une manière insidieuse; la douleur ne se manifeste que lorsque les téguments sont atteints. L'intervalle moyen entre la date du chancre primitif et l'apparition de la lésion tertiaire a été de cinq années. Les deux sexes ont été également atteints. Certains caractères se retrouvent dans les lésions *secondaires* de ces bourses : prédilection pour la séreuse rotulienne, disposition symétrique de la lésion lorsque deux bourses sont atteintes, sa disparition rapide sous l'influence de la médication anti-syphilitique.

Jullien (*Traité des mal. vén.* 1879) dit qu'on ne peut mettre en doute l'aptitude des membranes séreuses à ressentir l'influence de la dyscrasie syphilitique, et s'étonne de l'oubli dans lequel ont été laissées pendant notre siècle ces manifestations. Il décrit l'hydropisie simple et l'hydropisie aiguë des gaines tendineuses. Il recommande de chercher dans les lésions de ces membranes l'explication des douleurs accusées par les malades dans les articulations de l'épaule, du poignet, du genou, du cou-de-pied, et localise aussi dans la bourse antibrachiale qui accompagne le tendon du biceps la douleur de *la saignée*. La coïncidence de la lésion avec les accidents secondaires, sa résolution sous l'influence de la cure spécifique, établissent les rapports de cause à effet qui la relie à la syphilis.

Vinay a publié dans les *Annales de dermatologie et de syphiliographie* (1880) l'histoire d'une malade non rhumatisante et en pleine période secondaire, chez laquelle, avec un épanchement considérable dans le genou, survint sur le cou-de-pied, au niveau de la gaine des extenseurs des orteils, une traînée rouge, avec empâtement diffus le long des tendons, douleur à la pression, difficulté de l'extension des orteils. Ces phénomènes cédèrent facilement sous l'influence du traitement anti-syphilitique.

Dans le même recueil et la même année, Mauriac a signalé chez un homme, l'apparition, deux mois

après l'accident primitif, de nodosités gommeuses développées dans le tissu cellulaire sous-cutané sur les extrémités inférieures, et d'une synovite de la patte d'oie et de la gaine du couturier. Il a de plus rapporté dans la *Gazette des Hôpitaux* (1875) un exemple de synovite syphilitique aiguë de la gaine des tendons extenseurs des doigts, avec réaction fébrile assez intense. Il fait, à cette occasion, le diagnostic entre les synovites syphilitiques et blennorrhagiques. Pour lui, les synovites d'origine uréthrale sont « plus résolutive, moins fixes, plus portées à la diffusion, plus névralgiformes, plus rhumatismales, en un mot, que les synovites syphilitiques. »

SYMPTOMES.

Nous adoptons la classification de M. le professeur Fournier sur les lésions syphilitiques tendineuses, nous admettons l'hydropisie simple, la synovite subaiguë et les formes frustes ou incomplètes.

Les caractères de l'épanchement non inflammatoire, fluctuation nette, quantité peu considérable de liquide, intégrité de la peau, douleur absente ou éveillée seulement par la pression, troubles fonctionnels limités à une simple gêne dans les mouvements, à de l'engourdissement, de la raideur, ces caractères se retrouvent dans tous les faits consignés dans le

mémoire de Verneuil. Fournier en rapporte un exemple dans son mémoire de 1868, et deux autres dans ses Leçons sur la syphilis (1873).

Dans un de ces faits, ce n'est qu'incidemment qu'une malade s'est plainte à lui « d'une grosseur qui lui était poussée sur le poignet. Elle n'en souffrait pas, pouvait même en toute liberté se servir de la main et des doigts pour s'habiller, pour coudre, pour écrire, mais elle avait peur que cette grosseur n'augmentât, sans quoi elle n'en aurait pas parlé. »

D'après Roch, ce serait la forme la plus fréquente. Mais M. Martineau est d'un avis tout différent; il ne l'a jamais observée.

C'est à la forme aiguë, c'est-à-dire à une synovite tendineuse caractérisée par un processus inflammatoire, que se rapportent nos observations. Ici la douleur est bien plus nettement accentuée; elle peut être spontanée; elle est très vive à la pression et à l'occasion des mouvements. La peau participe à l'inflammation et devient rénitente, rosée; elle présente parfois une rougeur *rubanée* (Fournier), suivant le trajet du tendon. Le tissu cellulaire qui avoisine la bourse séreuse est atteint; et la tuméfaction, rarement fluctuante, ne donne que la sensation d'un empâtement phlegmoneux. Les troubles fonctionnels sont nettement accusés : mouvements volontaires difficiles ou pénibles, mouvements communiqués douloureux.

La crépitation tendineuse, donnant la sensation de neige ou d'amidon pressé entre les doigts, signe rare suivant M. Fournier, a été observée dans trois de nos faits, avec une tuméfaction peu prononcée ou même absente.

Il peut arriver qu'avec une tuméfaction diffuse, compliquée d'œdème ou faiblement accusée, la peau ne présente aucune rougeur ; qu'on ait une sensation non de fluctuation, mais de rénitence inflammatoire. L'altération des synoviales tendineuses peut être *larvée*, dissimulée par d'autres altérations plus apparentes : une synovite du tendon du biceps fémoral a coexisté avec une arthropathie syphilitique du genou avec épanchement considérable, une synovite du tendon d'Achille avec un volumineux soulèvement périostique du calcaneum (Fournier).

Enfin dans certaines de ces formes *frustes*, la lésion peut ne se révéler que par un signe, la douleur. C'est par une analyse minutieuse de la région endolorie qu'on peut localiser exclusivement sur le trajet d'un tendon bon nombre de ces souffrances vaguement accusées par les syphilitiques aux *genoux*, aux *chevilles* ou aux *pieds*, aux *poignets*, et surtout au *coude* ou à la *saignée*. « On constate dans ces cas, dit M. Fournier, que : 1° la douleur a un siège précis, unique, circonscrit ; 2° ce siège répond très-exactement au trajet d'un tendon ; 3° la pression éveille en ce point une souffrance très-vive et n'en provoque

aucune sur les parties environnantes ; 4° la douleur est déterminée par tous les mouvements spontanés et communiqués dont l'effet est d'imprimer une tension, un tiraillement au tendon malade. A l'existence de tels signes, scrupuleusement cherchés et bien constatés, il est difficile de méconnaître une lésion tendineuse. »

Les bourses sous-cutanées sont, d'après M. Martineau, plus fréquemment atteintes que les gâines tendineuses dans la syphilis secondaire.

L'affection débute par une douleur plus ou moins vive au niveau de la bourse séreuse. On peut observer à ce moment un symptôme non encore signalé dans les auteurs, souvent rencontré par M. Martineau qui y insiste dans ses cliniques, c'est une sensation de crépitation obtenue en pressant sur la bourse séreuse, crépitation qui rappelle, comme celle des tendons, la sensation de neige pressée.

Ce phénomène cesse rapidement, quelquefois en vingt-quatre heures. Il s'accompagne dans certains cas de rougeur de la peau et de tuméfaction ; mais le plus communément il constitue, avec la douleur, le seul indice de la lésion de la bourse séreuse. Il se présente alors de la façon suivante : au deuxième ou troisième mois de la syphilis, parfois plus tard, avec ou sans accidents secondaires, les malades sont pris tout à coup, au devant du genou par exemple, d'une douleur sourde ou aiguë qui augmente par les mou-

vements de flexion. On est frappé dans ce premier cas de ne trouver aucune altération de la peau, aucune rougeur inflammatoire, aucun gonflement. La palpation seule, exercée légèrement, détermine une crépitation fine, neigeuse, superficielle, existant dans les bourses séreuses prérotulienne et du tendon rotulien. Un exemple très-net de cette forme est observé en ce moment dans le service de M. Martineau.

Cet état dure deux à trois jours et disparaît sous l'influence du traitement.

Si, au contraire, on ne donne aucune attention à ce fait morbide, la douleur devient plus vive, les mouvements sont impossibles, la région est tuméfiée, la peau rouge, chaude; la fluctuation remplace la crépitation neigeuse qui disparaît partout, ou bien ne se retrouve qu'à la périphérie. Elle reparait après la résorption du liquide.

La douleur, toujours prononcée, peut être très vive. On a vu l'hygroma syphilitique de la bourse ischiatique simuler une sciatique partielle.

La bourse prérotulienne est de beaucoup la plus souvent atteinte. Le plus souvent aussi la lésion siège sur les deux genoux. Cette tendance à la disposition symétrique a été déjà signalée à propos de la synovite des tendons extenseurs des doigts.

Ces manifestations affectent ordinairement une allure subaiguë. Dans certains cas, elles offrent l'acuité d'un rhumatisme interne : suffusion rosée, empâte-

ment des téguments, immobilisation du membre atteint : quelquefois même, mouvement fébrile, malaise, inappétence, insomnie, etc.) mais ces phénomènes de réaction générale sont peu durables.

Il peut se faire cependant que les douleurs périarticulaires coïncident avec une courbature, une fièvre continue ou rémittente, peau halitueuse, céphalée, ce qui rend plus frappante l'analogie avec le rhumatisme. Mais les douleurs syphilitiques ont pour caractère de s'exagérer par le repos et de diminuer par l'exercice.

A l'inverse de la synovite chronique, plus fréquente chez l'homme (Follin), la synovite syphilitique est plus commune chez la femme. Il est à noter cependant que tous les faits de Vaffier et de Voisin concernent des hommes.

Si l'on tient compte des cas dans lesquels l'affection se révèle par la simple douleur sans altération matérielle appréciable, on voit que les manifestations tendineuses ne sont pas rares dans la période secondaire. D'un travail de Mac-Carthy, ayant pour but de montrer la fréquence des prodromes, qui peuvent survenir entre la cicatrisation du chancre et l'apparition des éruptions secondaires, il résulte que sur 60 cas, il y eut 40 fois des désordres de la santé; 11 fois entre autres, il y eut simultanément céphalée et douleurs rhumatoïdes périarticulaires; 8 fois des douleurs seules.

Les gaines des tendons extenseurs des doigts sont le siège de prédilection de la synovite ; faut-il invoquer une raison fonctionnelle ? Un fait remarquable est le développement de la tumeur sur les deux mains, avec même forme et même direction. Viennent ensuite les tendons extenseurs des orteils, le tendon du biceps, les tendons qui entourent l'articulation du genou, ceux de la patte d'oie, le tendon d'Achille, etc. La lésion peut siéger simultanément sur des gaines tendineuses, sur des bourses séreuses, naturelles ou accidentelles, et sur les synoviales articulaires. Elle peut encore occuper seulement les bourses sous-cutanées, comme dans les observations VII, VIII, IX.

OBSERVATION I. — (Extrait du Mémoire de M. Fournier. Gaz. hebdomadaire, 1868.)

La malade, âgée de 17 ans, sans antécédents rhumatismaux, entre à Lourcine dans le service de M. Fournier le 25 août 1868. Elle se dit malade depuis un mois environ ; à cette époque, apparition de « boutons. » Elle n'a fait aucun traitement interne. On constate plusieurs chancres indurés à la vulve et des pléiades inguinales très accentuées.

1^{er} septembre. Céphalagie, syphilide érythémateuse, croûtes acnéiformes du cuir chevelu, mal de gorge. — Une pilule de protiodure de 5 centigrammes.

Le 6. Douleurs vives dans le genou gauche, spontanées, mais exagérées par la marche, la pression, les mouvements communiqués ; tuméfaction diffuse de la région. Les points où la pression éveille le plus de douleur sont exactement limités aux insertions du biceps et du demi-membraneux. — Même traitement ; liniment au chloroforme et au laudanum. Repos.

Le 7. L'épanchement articulaire n'est pas douteux. — Même traitement.

Le 10. Ces divers symptômes commencent à s'atténuer. Les jours suivants, disparition complète de l'épanchement; il ne reste que quelques douleurs périarticulaires. L'irritation des gencives force à reprendre le traitement.

La semaine suivante, deux nouveaux symptômes : retour des maux de tête qui éclatent régulièrement vers 6 heures pour durer toute la nuit; accès fébriles intermittents caractérisés par les trois stades de frisson, de chaleur et de sueur. — 1 à 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

Le 25. Douleurs vives dans le pied gauche rendant la marche presque impossible. Leur siège est l'extrémité inférieure du tibia, en avant, à peu près au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. En ce point, tuméfaction très apparente formant une bosselure allongée, laquelle mesure environ 4 à 5 centimètres verticalement sur 2 à 3 en largeur; inférieurement cette saillie est subitement interrompue comme si elle était étranglée par un anneau (bord supérieur du ligament dorsal du tarse). La tuméfaction suit exactement le trajet du tendon de l'extenseur commun des orteils; elle est douloureuse au toucher, elle donne une sensation assez nette de fluctuation. La peau à son niveau n'offre pas de teinte inflammatoire. La malade ne peut remuer les quatre derniers orteils. Si l'on vient à imprimer de légers mouvements à ces orteils, surtout au troisième et au deuxième, on détermine aussitôt une très-vive douleur, dont le siège est rapporté par la malade à la tumeur. A cet ensemble de signes il est impossible de méconnaître une *synovite tendineuse*, affectant les tendons du muscle extenseur commun.

De plus, la malade se plaint d'une douleur dans « le coude » depuis la veille. La flexion et l'extension de l'avant-bras ne peuvent être exécutées complètement qu'avec une certaine souffrance. Un examen minutieux de la région du coude ne fait découvrir aucune rougeur, aucune tuméfaction; une pression méthodique montre qu'un seul point est douloureux, et ce point correspond très-exactement au tendon du biceps. C'est encore en ce point seulement que la douleur se fait sentir dans l'extension de l'avant-bras ou dans sa pronation forcée. Nul doute en conséquence que cette douleur ne réside dans

le tendon du muscle biceps brachial. — Traitement : 2 grammes d'iode de potassium ; liniment au chloroforme et au laudanum.

Le 30. La tumeur située au-dessus du ligament dorsal du tarse s'est affaissée et ne laisse plus qu'un empâtement légèrement œdémateux, où la pression du doigt est à peine douloureuse. En revanche, au-dessous de ce ligament, sur le tiers externe du dos du pied, existe depuis hier une tuméfaction très notable avec suffusion rosée des téguments, douleur vive à la pression et œdème. Sur un point cette nouvelle tumeur est assez nettement fluctuante, surtout lorsque le pied est fortement étendu. Mêmes troubles fonctionnels, même douleur « au niveau de la saignée », sur le tendon du biceps ; de plus, douleur à la pression assez vive, circonscrite exactement au niveau de l'épicondyle. Apyrexie. — Même traitement.

Le 2 octobre. La tuméfaction du pied s'est accrue ; elle occupe aujourd'hui tout le métatarse ; suffusion rosée des téguments, œdème considérable ; en déprimant cet œdème on sent une fluctuation profonde ; douleurs spontanées assez vives pour empêcher le sommeil ; douleur intense à la pression, devenant intolérable lorsqu'on imprime quelques mouvements aux orteils. Toutes les articulations du pied paraissent saines. Mêmes douleurs au tendon du biceps. — On continue l'iode ; cataplasmes laudanisés sur le pied.

La malade reste en observation.

OBSERVATION II. — (Extraite du Mémoire de M. Mauriac. Gaz. des hôpitaux, 1875.)

Le malade, âgé de 30 ans, entre à l'hôpital le 6 août 1872. Pas de maladie antérieure.

Roséole papuleuse confluyente sur le tronc, les membres et même les mains ; croûtes dans les cheveux, plaques muqueuses labiales, adénopathie cervicale et inguinale. Le chancre appartenait à la forme ulcéreuse et n'était encore qu'incomplètement cicatrisé. L'explosion des accidents consécutifs avait donc été précoce et vive ; pourtant l'état de la santé générale restait excellent.

Le 8 août 1872, au quarante-deuxième jour du chancre, le malade fut pris tout à coup, et sans aucune cause occasionnelle, d'une douleur sur le dos de la main gauche, accompagnée d'un sentiment de

gêne, de pesanteur et d'une grande difficulté de remuer les doigts. En même temps survint un gonflement diffus, sans rougeur de la peau.

Au bout de deux jours ces phénomènes morbides du côté de la main gauche étaient devenus beaucoup plus intenses. Sur sa face dorsale, à 1 centimètre au-dessous du poignet, existait une tumeur de la grosseur d'une noix, mais un peu aplatie, vaguement circonscrite, molle et presque fluctuante, rosée, luisante et excessivement douloureuse à la pression.

Les doigts étaient à demi-fléchis et ne pouvaient exécuter aucun mouvement dans le sens de l'extension ou de la flexion.

Impossibilité de se servir de la main ; douleur et irradiations douloureuses dans tout l'avant-bras.

Cette tumeur, qui occupait évidemment la gaine synoviale des extenseurs, avait grossi, pour ainsi dire, d'heure en heure depuis la veille, et réagissait sur tout l'organisme par l'acuité de ses symptômes, car la langue était chargée, et il existait un mouvement fébrile assez vif. Aussi le malade se décida-t-il à entrer le lendemain 10 août dans mon service à l'hôpital du midi.

La tuméfaction du dos de la main avait beaucoup augmenté : elle s'étendait depuis le poignet jusqu'au voisinage des articulations métacarpo-phalangiennes. Tous les doigts étaient immobiles et dans la flexion, sauf le pouce, dont l'extenseur n'avait pas été atteint. La douleur à la pression était tellement vive qu'il était impossible d'apprécier par la palpation la consistance de la tumeur. La peau qui la recouvrait était tendue, rouge et chaude. Il n'existait aucune lésion semblable dans les autres gaines tendineuses. La fièvre persistait ; elle dura trois jours environ.

J'instituai immédiatement le traitement hydrargyrique, et je fis recouvrir les parties malades de topiques émollients et calmants.

Les jours suivants, la douleur diminua progressivement, mais la tuméfaction devint volumineuse et remonta de quelques centimètres au-dessus du poignet. Elle était constituée par de l'empâtement diffus, sans fluctuation.

Le 18 août (10^e jour de la synovite), les phénomènes inflammatoires avaient beaucoup diminué, et les doigts commençaient à se mouvoir sans douleur. Au-dessus du poignet, la tumeur du dos de la main était devenue circonscrite et fluctuante. Au-dessous du poignet

l'Intumescence restait toujours diffuse, avec sensibilité à la pression.

A partir de ce moment, l'amélioration marcha très lentement. Ainsi le 30 août (64^e jour du chancre, 22^e de la synovite), la tumeur fluctuante du dos de la main n'avait diminué que d'une façon imperceptible; l'enflure de la face postérieure de l'avant-bras, au-dessus du poignet, était encore en voie de résolution.

Les mouvements des doigts s'exécutaient plus librement; l'extension et la flexion complètes étaient cependant impossibles. Le pouce et le petit doigt se mouvaient toujours plus facilement que les autres doigts, surtout que le médus.

La douleur spontanée et la douleur à la pression étaient beaucoup moins aiguës.

Il était dès lors visible que la tumeur synoviale du dos de la main, si nettement fluctuante, ne s'ouvrirait pas.

Le malade avait, depuis quelques jours, une stomatite mercurielle qui m'avait forcé d'interrompre les pilules et de suspendre les frictions avec l'onguent napolitain que je faisais pratiquer tous les jours sur le dos de la main.

Sous l'influence du traitement spécifique jusqu'à la salivation, toutes les manifestations cutanées et muqueuses disparurent complètement. La santé générale redevint excellente, et le malade, qui avait maigri, reprit son embonpoint ordinaire.

Il quitte mon service, et je ne le revis plus que le 14 novembre (quatre mois et demi après le début du chancre).... La tumeur fluctuante du dos de la main avait disparu peu à peu. Cependant on sentait encore sur la partie moyenne de la face dorsale du poignet une sorte d'empâtement qui semblait agglutiner les tendons entre eux. Le mouvement de flexion de la main sur l'avant-bras était très limité quand la main était ouverte, impossible quand elle était fermée.

Le médus et l'annulaire étaient très gênés dans leurs mouvements et ne se mouvaient que simultanément, ce qui paraissait indiquer que leurs tendons étaient réunis. Je fis reprendre le traitement hydrargyrique à ce malade. Je ne l'ai pas revu depuis cette époque.

Il importe d'ajouter que je l'ai interrogé à plusieurs reprises au point de vue du rhumatisme, et que je n'ai découvert dans ses anté-

cédents aucune trace de cette maladie constitutionnelle. De plus, il n'avait aucune affection du canal de l'urèthre.

Je suis donc autorisé à dire que cette synovite tendineuse était incontestablement d'origine syphilitique.

OBSERVATION III.

F.... (Marie), cuisinière, âgée de 26 ans, est entrée le 14 décembre 1880, à l'hôpital de Lourcine, salle St-Louis.

Pas d'antécédents rhumatismaux ; manifestations strumeuses dans son enfance.

A la partie inférieure de la grande lèvre gauche, chancre datant de trois semaines, régulièrement arrondi, à bord non décollé, légèrement soulevé, à fond inégal, ulcéré dans sa partie inférieure, peu douloureux. La partie supérieure repose sur une base d'une induration cartilagineuse. Adénite du côté correspondant.

Pas de sternalgie ni d'alopecie.

Céphalée nocturne depuis quelques jours. Légères taches érythémateuses et pigmentaires sur le corps ; quelques papules squameuses discrètes. Adénite cervicale légère. Tibialgie du côté droit. Syphilides papulo-squameuses et pustuleuses à la face. Périostose du frontal. — 2 cuillerées à café de liqueur de Van Swiéten.

7 janvier. La tibialgie est extrêmement vive et empêche la malade de dormir. Etat stationnaire des syphilides. — On continue la liqueur de Van Swieten. Vin de quinquina ; une pilule d'opium ; gargarisme au chlorate de potasse. Pansement du chancre à l'iodoforme.

Le 21. Pas de changements.

Depuis le 12 février :

Dans le poignet gauche, le genou et le cou-de-pied gauches, il existe une douleur très vive, sans gonflement, sans douleur, sans changement de couleur à la peau. On perçoit très nettement dans les gaines synoviales tendineuses périarticulaires une crépitation fine, analogue à la crépitation de l'amidon. La pression au niveau des épiphyses est douloureuse. Pas de liquide dans les articulations. Inappétence.

Les syphilides croûteuses de la face restent stationnaires. La chute d'une croûte volumineuse siégeant sur le nez s'accompagne d'une hémorrhagie abondante. Il existe à la place une ulcération profonde, serpigineuse, à bords saillants, à fond sanieux, jaunâtre.

Traitement de ces syphilides croûteuses par l'emplâtre de Vigo. Pas de stomatite mercurielle.

Le 18. On supprime la liqueur de Van Swieten. Application d'onguent napolitain tous les soirs, alternativement sous chaque aisselle. 4 gramme d'iodure de potassium. Vin de Bordeaux. Bains de sulfimé.

Adynamie profonde. Nombreuses syphilides pustulo-croûteuses du thorax et du ventre. La douleur persiste au cou-de-pied et au genou gauche, ainsi que la crépitation.

Le 25. Amélioration générale notable. La malade se lève, marche; l'appétit est revenu. Les croûtes s'affaissent.

3 mars. L'amélioration de l'état général continue.

Le 12. La douleur persiste au cou-de-pied, localisée sur le trajet des tendons extenseurs des orteils, toujours sans épanchement dans la gaine et sans rougeur de la peau; on perçoit encore la crépitation. Les syphilides croûteuses du corps et de la face disparaissent laissant une petite tache rouge cuivrée.

1^{er} avril. Quelques douleurs dans les membres supérieurs et inférieurs, surtout à droite.

Le 10. La douleur du cou-de-pied a disparu; une légère crépitation persiste encore quelques jours.

OBSERVATION IV.

Marie D..., domestique, âgée de 22 ans, entre à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Alexis, le 10 août 1889, pour des boutons apparus il y a deux mois.

Bonne santé habituelle; jamais de rhumatismes.

Taches érythémateuses sur les cuisses; syphilides papulo érosives sur les plis génito-cruraux, quelques-unes un peu diphthéroïdes. Adénite inguinale double multiple. Roséole généralisée: les taches affectent sur l'abdomen une disposition circinée. Alopécie depuis

deux mois. Pas de tibialgie ni de sternalgie. Liqueur de Van Swiéten, bains de sublimé.

16 août. Les syphilides maculeuses ont presque disparu.

Le 30. Synovite légère des tendons extenseurs des doigts. La tuméfaction, peu considérable, occupe des deux côtés, la face dorsale du poignet et de la main. Pas de rougeurs, ni de douleurs. On perçoit de la crépitation tendineuse à droite. — Application de teinture d'iode.

15 septembre. La tuméfaction a disparu sur les deux mains. Les syphilides tendent à disparaître également. La malade sort.

Elle rentre pour douleurs dans le ventre et leucorrhée; après avoir suivi assez régulièrement depuis son départ le traitement spécifique. Utérus en antéflexion; ganglions un peu douloureux à gauche, sur les côtés de l'utérus; quelques érosions folliculaires sur le col; écoulement muco-purulent.

Le malade présente en outre une légère adénite cervicale; des syphilides maculeuses sur le devant de la poitrine. Un peu de céphalée; pas de sternalgie; ni de tibialgie. Les manifestations tendineuses n'ont pas reparu.

OBSERVATION V.

Louise T..., 30 ans, gantière, entre dans le service de M. Martineau, salle Saint-Louis, le 22 février 1880.

Le début de l'accident primitif remonte à 3 mois. Elle a pris vingt pilules. Alopecie considérable, maux de tête. Pas de courbature ni d'insomnie.

Syphilides muqueuses (papulo-érosives et ulcéreuses): syphilides papulo-squameuses sur la face, la nuque et la partie antérieure du tronc. Polyadénite inguinale double non douloureuse. Adénite cervicale gauche. Ulcérations sur les deux amygdales. — On prescrit la liqueur de Van Swiéten.

Le 28 mars. La malade se plaint de douleurs au poignet et aux doigts de la main gauche, douleurs augmentant la nuit, diminuant après les mouvements. Pas de tuméfaction ni de crépitation.

Le 1^{er} avril. Les douleurs persistent dans le poignet. Toujours pas

de rougeur ni de gonflement ; mais quand on fait exécuter aux doigts des mouvements de flexion et d'extension, on perçoit une *crépitation légère et très superficielle*.

Le 8. Les douleurs et la crépitation ont complètement disparu. Encore quelques syphilides muqueuses.

OBSERVATION VI.

Clémence Ch..., cuisinière, 20 ans, entre le 12 juillet 1881 à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Louis.

Pas d'antécédents rhumatismaux ni héréditaires.

Apparition d'un chancre induré, il y a trois semaines. Céphalée très vive. Un peu d'alopecie. Adénite inguinale très légère. — Deux cuillerées à café de peptone mercurique ammonique glycinée (peptone mercurique ammonique, 1 gramme; glycérine pure, 50 gr.; eau distillée 200 gra.

Le 22 juillet. Le chancre est presque réparé. Céphalée. Rien à la peau.

Le 29. Folliculite chancreuse sur la grande lèvre droite. Polyadénite inguinale.

1^{er} août. La malade est obligée de sortir. Elle rentre le 9 août. Le chancre est complètement réparé. La folliculite persiste. Légère syphilide érythémateuse au début.

Le 20. Au niveau du poignet droit, on aperçoit une tuméfaction allongée siégeant dans les gaines tendineuses des fléchisseurs. La main est fléchie sur l'avant-bras, les doigts sur la paume de la main. L'extension des doigts provoque de la douleur. On ne sent pas de crépitation. Le fléchisseur du pouce est pris. La douleur se prolonge jusqu'au pli du coude.

2 septembre. Les mouvements de la main droite sont revenus; l'extension se fait facilement et sans douleur. Pas de crépitation, pas de gonflement des gaines.

Le 9. La synovite est guérie, mais il reste de la faiblesse musculaire; la flexion demeure pénible pendant quelques jours.

OBSERVATION VII.

Augustine J... entre le 4 mai 1880, à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Louis.

La malade, âgée de 18 ans, n'a jamais présenté de rhumatisme articulaire.

Le début de la maladie remonte au mois de janvier dernier : plaques muqueuses et taches sur le corps. Entrée à l'hôpital Saint-Antoine en février, elle y a séjourné un mois et demi, et a été traitée par les pilules de Sédillot et les bains sulfureux. Elle est sortie conservant un engorgement considérable des ganglions du cou.

Le 4. Adénopathie inguinale double multiple. Syphilide érythémateuse sur la peau. Syphilide ulcéreuse à la face interne de la joue droite en arrière. Un gros ganglion sous-maxillaire. La grande lèvre gauche présente une petite papule.

Traces d'ancienne éruption sur les membres.

Col utérin gros; ganglions dans les culs-de-sac latéraux, écoulement muco-purulent abondant; érosions granuleuses sur les deux lèvres. Le cathéter pénètre facilement dans la cavité utérine dilatée. Liqueur de Van Swiéten. Bains sulfureux.

11 juin. Amélioration de la métrite.

Le 23. L'amélioration de la métrite continue. Douleur à la gorge qui est gonflée et rouge, mais sans plaques.

La malade sort le 23 juin.

6 juillet. La malade rentre pour des boutons et pour son adénite sous-maxillaire.

Elle a sur les grandes lèvres des plaques papulo-érosives; sur la face interne des petites lèvres, des granulations folliculaires. L'orifice du col est un peu entr'ouvert; le col est gros; la lèvre postérieure présente de nombreuses érosions folliculaires; écoulement muco-purulent.

Pas de tibialgie ni de sternalgie.

Adénite cervicale latérale droite. Légères taches pigmentaires sur le thorax et à la ceinture. On continue la liqueur de Van Swiéten.

Le 12. Les syphilides vulvaires ont disparu. L'adénite sous-maxillaire est toujours considérable.

2 août. On sent de la fluctuation dans l'adénite sous-maxillaire.

Au genou gauche, dans la bourse séreuse du tendon du droit antérieur, dans la bourse sous-rotulienne, on trouve une tuméfaction donnant une crépitation fine, sèche, de neige broyée, et une douleur; surtout lorsque la malade plie la jambe. Cette affection date de huit jours. La peau à ce niveau a gardé sa couleur normale.

Le 9. On trouve de la crépitation dans la bourse prérotulienne gauche, qui est un peu douloureuse. Rien à droite.

La malade se plaint de douleur au cou-de-pied, mais on ne trouve pas de tuméfaction.

Le 16. Le genou gauche présente encore de la crépitation dans la bourse du grand droit, dans la prérotulienne et dans celle qui est sous le tendon rotulien; la douleur a diminué. Rien au genou droit.

Le 23. L'adénite sous-maxillaire s'améliore lentement; la tumeur ne s'ouvre pas.

La malade, renvoyée le 8 septembre, rentre le 16 février 1881 pour des pertes blanches très abondantes, Elle ne présente aucune manifestation syphilitique; toute trace de synovite a disparu.

OBSERVATION VIII.

Clémence V... 48 ans, domestique, entre à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Alexis, le 19 octobre 1880.

Bonne santé habituelle; pas de rhumatismes.

Accident primitif datant du mois dernier.

Depuis huit jours, apparition de syphilides papulo-muqueuses et d'érythème sur le thorax et les membres inférieurs. Syphilides muqueuses. Adénite cervicale gauche.

Céphalalgie. Pas de tibialgie ni de sternalgie.

Douleurs dans le tendon du triceps gauche, augmentant la nuit.

A ce niveau, légère tuméfaction, sans changement de couleur à la peau. En appuyant doucement, on a la sensation de neige pressée; c'est un léger frémissement. La bourse séreuse située sous le tendon rotulien du même côté est un peu prise également. Au genou droit, à la partie interne de la rotule et en avant, dans la bourse prérotu-

lienne, il y a une douleur et un frémissement très léger, difficilement saisissable.

Un peu de gonflement et de douleur au niveau de la bourse séreuse coracoïdienne gauche.

Liqueur de Van Swiéten; bains de sublimé.

30 octobre. Plus de crépitation; épanchement dans les bourses prérotuliennes. Les douleurs ont bien diminué.

8 novembre. Les genoux n'offrent plus qu'un peu d'empâtement au-devant de la rotule.

Les syphilides cutanées persistent seules.

OBSERVATION IX.

Marie M... 47 ans, brocheuse, entre le 25 janvier, dans le service de M. Martineau, salle Saint-Louis.

Pas d'antécédents diathésiques rhumatismaux ou autres. Apparition d'un chancre il y a environ un mois. Syphilides muqueuses (plaques papulo-érosives).

Polyadénite inguinale double, indolente. Pas de céphalée ni d'insomnie. Courbature. Alopécie depuis huit jours.

Amygdales très tuméfiées. La déglutition n'est cependant pas douloureuse.

Roséole à teinte cuivrée sur le tronc et les membres inférieurs. Liqueur de Van Swiéten. Bains de sublimé.

31 janvier. Les syphilides s'affaissent.

7 février. L'amélioration continue.

Le 14. Douleur dans le genou droit.

Gonflement avec crépitation de neige au niveau de la bourse séreuse prérotulienne et de la bourse séreuse des muscles de la patte d'oie. La peau à ce niveau est un peu rouge et tendue.

A gauche, douleur et crépitation neigeuse au niveau du bord supérieur de la rotule, à l'insertion des muscles de la région antérieure de la cuisse. Pas d'épanchement articulaire du genou.

16 février. La crépitation a disparu. La tuméfaction a augmenté au niveau des bourses atteintes; on y perçoit de la fluctuation. La douleur persiste.

Le 28. Le synovite est en voie de disparition. L'épanchement des bourses prérotuliennes se résorbe graduellement. La douleur n'existe plus qu'au niveau de l'insertion rotulienne du triceps.

7 mars. Il n'existe plus aucune trace de ténosite. La malade sort le 10 mars.

PRONOSTIC, DIAGNOSTIC.

La lésion spécifique des bourses sous-cutanées et tendineuses ne présente pas les dangers qu'on a signalés pour leurs lésions ordinaires. Elle donne lieu, dans certains cas, à de l'empâtement du tissu cellulaire ambiant, jamais à un phlegmon.

L'inflammation franche avec adhérence consécutive du tendon n'a pas été observée. La gêne, la faiblesse des mouvements peuvent persister assez longtemps; mais le tendon recouvre l'intégrité de ses fonctions.

Pour M. Després (Traité de la syphilis), rien ne distingue spécialement les rhumatismes chez les syphilitiques, ni le rhumatisme siégeant dans les articulations, ni celui qui siége dans les coulisses tendineuses. Ces manifestations ne sont pas des accidents de la syphilis; elle ne leur imprime même pas un cachet. Il n'y a pas de différence entre les rhumatismes des syphilitiques et ceux qu'on observe chez des malades entièrement exempts de syphilis; seulement l'affaiblissement dû à la maladie syphilitique favorise

le développement du rhumatisme chez ceux qui y sont prédisposés.

Cette opinion de M. Després a déjà été exposée et défendue en 1870 par un de ses élèves (Guignard, thèse de Paris). L'auteur donne le résumé de 38 observations recueillies dans le service de Després en 1869, et essaie de montrer que, dans la plupart des cas, les malades avaient présenté des accidents rhumatismaux et plusieurs d'entre eux des manifestations scrofuleuses dans leur enfance : « Pour résumer, dit-il, les causes qui donnent naissance à la manifestation de la diathèse rhumatismale chez les syphilitiques, disons qu'il n'existe pour nous que deux grandes causes : l'une prédisposante, c'est l'altération générale de la santé par toutes les causes détériorantes ; l'autre, c'est le refroidissement, seule cause véritablement occasionnelle. »

Nous ne pouvons admettre que les accidents que nous étudions soient simplement des manifestations rhumatismales provoquées par la syphilis. Dans les observations des auteurs que nous avons cités, les antécédents rhumatismaux font défaut : ils manquent également dans les nôtres. On ne peut guère faire intervenir l'altération générale de la santé ; dans un seul cas, les accidents s'accompagnaient d'adynamie. On le conçoit sans peine, vu la précocité de leur apparition. L'influence du refroidissement ne peut davantage être invoquée dans les mêmes faits.

Nous devons dire cependant que les localisations que nous étudions ont été vues par M. Martineau plus fréquemment chez les syphilitiques arthritiques.

Absence de la diathèse rhumatismale, apparition des accidents à une période constante, c'est-à-dire au début de la période secondaire ou dans les premiers mois, leur évolution liée à celle des manifestations secondaires qu'ils accompagnent, caractères particuliers qu'ils offrent dans leurs localisations, dans la douleur et les troubles fonctionnels qu'ils déterminent, tels sont les signes qui établissent leur nature syphilitique. Mais elle se tire surtout de la rapidité avec laquelle ils cèdent au traitement spécifique.

Les localisations goutteuses et rhumatismales sur les bourses tendineuses et sous-cutanées s'accompagnent de phénomènes généraux bien différents, d'une réaction bien plus intense. La connaissance des antécédents rendra souvent impossible toute méprise.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, les lésions des bourses séreuses, tendineuses et articulaires sont précédées de frissons irréguliers, inappétence, soif, fièvre de médiocre intensité, gêne des articulations. Les douleurs, contusives ou lancinantes, occupent successivement presque toutes les grandes articulations avant de se fixer définitivement sur quelques-unes d'entre elles ; les parties atteintes se tuméfient rapidement ; à leur niveau, la peau devient

rosée. Dans la syphilis : épanchements formés lentement, intégrité des téguments voisins ; douleurs peu vives, accrues par le repos, calmées par l'exercice ; fièvre peu intense ; pas de sueurs profuses ; pas de complications du côté des séreuses viscérales, etc.

La synovite tendineuse blennorrhagique apparaît ordinairement vers le commencement de la troisième semaine de l'écoulement, quelquefois la première ou la deuxième semaine, d'autres fois, au bout de plusieurs mois (Maymon, thèse de Paris, 1875.)

Suivant M. Mauriac, à n'envisager ces deux espèces de synovite (la syphilitique et la blennorrhagique) que dans ce qu'elles ont de propre et d'intrinsèque, il serait difficile et souvent même impossible de les rapporter à leur véritable cause.

Les synovites tendineuses blennorrhagiques sont aussi communes chez l'homme qu'elles sont rares chez la femme ; la proposition doit être renversée pour les synovites syphilitiques : « De telle sorte qu'en présence d'une de ces affections, on pourrait presque dire a priori que la synovite chez une femme est syphilitique, tandis que chez un homme elle est uréthrale (Mauriac).

Le rhumatisme blennorrhagique s'annonce par du malaise, quelquefois un frisson assez intense, une douleur assez vive au niveau d'une articulation ou d'une gaine tendineuse, sans rougeur, ni tuméfaction. Il parcourt ainsi plusieurs articulations avant

de se fixer. Quand la maladie s'est fixée, il survient au niveau des articulations ou des gaines atteintes, un gonflement avec empâtement et sensation de fluctuation, une suffusion rosée de la peau, une douleur spontanée quelquefois très vive. On voit quelquefois des accidents du côté du cœur.

TRAITEMENT.

« Lorsqu'en 1863, dit M. le professeur Verneuil, je rencontrai pour la première fois l'accident en question, je fis un traitement local assez actif: vésicatoires volants, badigeonnages iodés, immobilisation. La guérison eut lieu. Le traitement interne était simultanément administré. Dans le deuxième cas, je fis le traitement local d'un côté seulement, et j'abandonnai l'autre hygroma à la seule action des médicaments internes: protoïodure, quinquina et fer. Le côté non traité guérit à peu près aussi vite que l'autre.

Dans les deux derniers cas, je m'abstins de toute application topique sur les mains, et la guérison ne s'en effectua pas moins, marchant de pair avec l'effacement des autres accidents secondaires concomitants.

Il est aujourd'hui bien établi que le traitement général, employé seul, suffit à dissiper rapidement ces accidents. Toutefois, M. le professeur Fournier conseille, dans la *ténosité vraie*, bien plus persistante que l'hydropisie simple des tendons, d'ajouter au traitement interne une médication topique, qui ne consistera le plus souvent qu'en des applications sédatives (cataplasmes laudanisés, fomentations émollientes, liniments narcotiques, enveloppement d'ouate, etc.), mais qui devra être dans quelques cas antiphlogistique ou résolutive (ventouses scarifiées, vésicatoires volants).

Le mercure et l'iodure de potassium restent ici les vrais agents thérapeutiques. La liqueur de Van Swieten a été administrée dans six de nos faits. Elle a été remplacée dans un cas par la peptone mercurique ammonique glycérinée. Cette solution, dosée également au millième de sublimé, et donnée par la voie stomacale, a sur la précédente l'avantage de ne pas provoquer de dégoût, de nausées, de saveur métallique, ni d'accidents gastro-intestinaux. Le même résultat est obtenu par la peptone mercurique ammonique en injections hypodermiques ; mais cette méthode présente, d'après les recherches récentes de M. Martineau, une action plus prompte, plus énergique, plus efficace, avec une sécurité plus grande pour le dosage du sel mercurique et pour l'absorption du médicament.

CONCLUSIONS.

Les lésions des bourses séreuses sous-cutanées et tendineuses doivent être rangées au nombre des manifestations syphilitiques secondaires.

La lésion des bourses sous-cutanées peut s'accuser soit seulement par de la douleur et une crépitation légère, superficielle, perçue à la pression (forme la plus commune), soit par de la douleur avec gonflement, fluctuation, rougeur et tension de la peau.

On doit distinguer trois formes dans l'affection des gaines tendineuses : l'hydropisie simple, la synovite subaiguë et les formes incomplètes ou frustes.

La spécificité de ces accidents se réduit de leur production en dehors des diathèses rhumatismale et goutteuse, de leur apparition à une époque déterminée de la syphilis, avec les autres manifestations secondaires, de leur rapide disparition sous l'influence du traitement spécifique.

— 57 —

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Appareil de la digestion.

Physiologie. — De l'effort.

Physique. — Induction par les courants. Appareils employés en médecine.

Chimie. — Préparation et propriétés des sulfures de potassium, de fer, d'antimoine, de mercure.

Histoire naturelle. — Des inflorescences. Comment les divise-t-on? Quelle est leur valeur pour la détermination des espèces?

Pathologie externe. — Des abcès du cou et de leur traitement.

Pathologie interne. — De l'hypertrophie du cœur. Du rôle des nerfs vaso-moteurs dans les maladies.

Anatomie et histologie pathologiques. — De la phlébite.

Thérapeutique. — De la médication altérante et de ses principaux agents.

Hygiène. — De l'encombrement.

Médecine légale. — Rigidité cadavérique. Phénomènes de la putréfaction modifiés suivant les milieux, le genre de mort, l'âge et les diverses circonstances.

Accouchements. — De l'accouchement par le pelvis.

Vu, le président de la thèse,
BALL.

Vu, bon et permis d'imprimer.
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

